

フローサイトメトリー解析 依頼書

依頼日	年 月 日	電話番号	
病院コード		F A X	
病院名		E-mail	

飼主名	<small>カタカナでご記入ください</small>	動物名	<small>カタカナでご記入ください</small>	カルテNo.	
動物種*	<input type="checkbox"/> 犬 (品種 :) <input type="checkbox"/> 猫 (品種 :)		<input type="checkbox"/> FIV抗体陽性 ・ <input type="checkbox"/> FeLV抗原陽性 ・ <input type="checkbox"/> 未検査		
年齢	歳	ヶ月齢	体重	kg	
性別	<input type="checkbox"/> 雄 ・ <input type="checkbox"/> 去勢雄 ・ <input type="checkbox"/> 雌 ・ <input type="checkbox"/> 避妊雌		担当医		

※動物種によって検査に使用する試薬が異なるため、書き間違いがないようご注意ください。

検体情報	<input type="checkbox"/> 末梢血液 (EDTA処理) <input type="checkbox"/> 骨髄液		必ず 冷蔵 で 送付ください ※冷凍・常温不可
	<input type="checkbox"/> 針吸引生検サンプル (採取部位:) (懸濁液: <input type="checkbox"/> 生理的食塩水 ・ <input type="checkbox"/> PBS ・ <input type="checkbox"/> その他:)		
	<input type="checkbox"/> その他:		
	* 正確な診断のために検体のスライド塗沫標本・血液検査結果を同封してください。 解析の対象となる細胞の所見 *細胞の大きさ、割合など		
	<input type="checkbox"/> CD41/61*を追加(有料) *巨核球系細胞マーカー		

症例情報	腫大/増殖部位 : <input type="checkbox"/> リンパ節 (部位:)
	<input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 骨髄 <input type="checkbox"/> その他()
	症状に気付いた時期 : 年 月
	今回の症状に対する治療歴:
現在の臨床症状 :	

研究協力同意書

当機関では、研究機関等との共同研究を遂行していく際に、お送りいただいた検体および個人情報を除いたその症例の臨床情報を研究目的として利用することがあります。お手数ですが飼い主様にご説明の上、ご同意いただける場合には下記欄に担当獣医師のご署名をお願いいたします。なお、この同意を拒否、撤回された場合でも不利益を被ることは一切ございません。

獣医療の発展のため、皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。

東京大学附属動物医療センター 病理・遺伝子検査部

今回提出した動物の検査材料や個人情報以外の検査結果、診療情報等について、学術上の目的で利用される場合があることを承諾いたします。

年 月 日 担当獣医師(氏名)

(この欄には記入しないで下さい)

委託先: 東京大学附属動物医療センター 遺伝子検査部

受付日		受付番号	
請求コード			
備考			